UNIVERSITÉ DE TOULOUSE

FACULTÉ MIXTE DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE

Année 1944. N° 13

L'OPÉRATION DE FAGET

(TRAITEMENT DES FISTULES ET ABCÈS DU CREUX ISCHIO-RECTAL)

THÈSE POUR LE DOCTORAT EN MÉDECINE

PRÉSENTÉE ET SOUTENUE PUBLIQUEMENT EN JUIN 1944

PAR

Jean LAPEYRÈRE

LAURÉAT DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE
INTERNE DES HÔPITAUX
DIPLÔMÉ DE MÉDECINE LÉGALE ET PSYCHIATRIE
DIPLÔMÉ D'HYGIÈNE ET DE MÉDECINE PRÉVENTIVE

Noms des Examinateurs :

MM. MIGINIAC, *Président.*
BOULARAN,
VIRENQUE, *Assesseurs.*
CAHUZAC,
LASSERRE, *Suppl.*

TOULOUSE
ÉDOUARD PRIVAT, Libraire-Éditeur
Librairie de l'Université
RUE DES ARTS, 14 (SQUARE DU MUSÉE)

1944

LAPEYRÈRE (Jean).

L'opération de Faget (traitement des fistules et abcès du creux ischio-rectal).

Imprimerie Privat, Toulouse, *Thèse de Médecine, 1944. — Toulouse, n° 13.*

LAPEYRÈRE (Jean).

L'opération de Faget (traitement des fistules et abcès du creux ischio-rectal).

Imprimerie Privat, Toulouse, *Thèse de Médecine, 1944. — Toulouse, n° 13.*

LAPEYRÈRE (Jean).

L'opération de Faget (traitement des fistules et abcès du creux ischio-rectal).

Imprimerie Privat, Toulouse, *Thèse de Médecine, 1944. — Toulouse, n° 13.*

LAPEYRÈRE (Jean).

L'opération de Faget (traitement des fistules et abcès du creux ischio-rectal).

Imprimerie Privat, Toulouse, *Thèse de Médecine, 1944. — Toulouse, n° 13.*

UNIVERSITÉ DE TOULOUSE

FACULTÉ MIXTE DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE

Année 1944. N° 13

L'OPÉRATION DE FAGET

(TRAITEMENT DES FISTULES ET ABCÈS DU CREUX ISCHIO-RECTAL)

THÈSE POUR LE DOCTORAT EN MÉDECINE

PRÉSENTÉE ET SOUTENUE PUBLIQUEMENT EN JUIN 1944

PAR

Jean LAPEYRÈRE

LAURÉAT DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE
INTERNE DES HÔPITAUX
DIPLÔMÉ DE MÉDECINE LÉGALE ET PSYCHIATRIE
DIPLÔMÉ D'HYGIÈNE ET DE MÉDECINE PRÉVENTIVE

NOMS DES EXAMINATEURS

MM.	MIGINIAC,	*Président.*
	BOULARAN,	*Assesseurs.*
	VIRENQUE,	
	CAHUZAC,	
	LASSERRE,	*Suppl.*

TOULOUSE

ÉDOUARD PRIVAT, Libraire-Éditeur
Librairie de l'Université
RUE DES ARTS, 14 (SQUARE DU MUSÉE)

1944

UNIVERSITÉ DE TOULOUSE

FACULTE MIXTE DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE

TABLEAU DU PERSONNEL

DOYEN..... M. GARIPUY. — ASSESSEUR..... M. DELAS.

DOYEN HONORAIRE..... M. BARDIER.

PROFESSEURS HONORAIRES. MM. MARIE. — MOREL. — TAPIE (J^{h}). — DALOUS. — ESCAT. — RISPAL. — LAFFORGUE. — ARGAUD. — MOOG. — MÉRIEL. — CAUBET. — MAURIN. — RIBAUT. — DAMBRIN.

PROFESSEURS

Anatomie	MM. CLERMONT.
Histologie et Embryologie	N...
Pathologie interne	SERR.
Clinique médicale	TAPIE (J.). — ROQUES.
Clinique chirurgicale infantile et orthopédie	BOULARAN.
Clinique chirurgicale et gynécologie	LEFEBVRE.
Clinique médicale infantile et puériculture	SOREL (R.).
Clinique de neurologie et de psychiatrie	RISER.
Clinique ophtalmologique	GORSE.
Physique biologique et médicale	BUGNARD.
Chimie et Toxicologie	BRUSTIER.
Hydrologie thérapeutique et Climatologie	MÉRIEL (P.).
Pharmacie	CAUJOLLE.
Matière médicale	VINCENT.
Clinique obstétricale	GARIPUY.
Physiologie	N...
Clinique chirurgicale du cancer	MIGINIAC.
Clinique des Maladies des Voies urinaires	FABRE (P.).
Clinique des Maladies cutanées et syphilitiques	NANTA.
Pathologie chirurgicale	N...
Pathologie générale et médecine expérimentale	SENDRAIL.
Histoire naturelle	DELAS.
Médecine légale et Déontologie	MOREL.
Bactériologie, hygiène médicale sociale	ANDRIEU.
Anatomie médico-chirurgicale	FABRE (J.).

COURS COMPLÉMENTAIRES

Cours d'obstétrique aux élèves sages-femmes	MM. GARIPUY.
Cours d'anatomie physiologique et pathologie élémentaire aux élèves sages-femmes	GUILHEM.
	VALDIGUIÉ (P.).
Chimie pathologique	VALDIGUIÉ (P.).
Chimie biologique	BLANC.
Chimie minérale	CADENAT.
Stomatologie	BUGNARD.
Physique pharmaceutique	BAZEX.
Dermatologie et syphiligraphie	BOUISSET.
Législation pharmaceutique	RIGAUD.
Microbiologie	BOUISSET.
Clinique de la tuberculose	MOREL (L.).
Anatomie	THOMAS, LAZORTHES.
Botanique et Cryptogamie	M^{lle} MATHOU.
Chimie analytique	MM. BLANC.
Médecine expérimentale	GÉRAUD.
Pathologie chirurgicale	GRIMOUD.
Hydrologie et géologie	ASTRE.
Médecine opératoire	DIEULAFÉ.
Anatomie médico-chirurgicale	THOMAS.
Pharmacodynamie	BUGNARD.
Thérapeutique	LASSERRE.
Pharmacie galénique	N...
Médecine du travail	BOUNHOURE.

R. UNIV. BIBLIOTHEEK LEIDEN

AGRÉGÉS EN EXERCICE

Histologie	MM. CALVET.
	DE BOISSEZON, Ch. de f.
Physiologie	BAISSET.
Médecine	DARNAUD, C. de f.
	PLANQUES.
	GÉRAUD, Ch. de f.
	GADRAT, Ch. de f.
	LASSERRE, Ch. de f.
Anatomie	LAZORTHES, Ch. de f.
Chirurgie	MM. GRIMOUD, C. f
	VIRENQUE.
	CAHUZAC, C. de f.
	DIEULAFÉ, C. de f.
Obstétrique	GUILHEM.
Ophtalmologie	CALMETTES.
Physique médicale	MARQUÈS, C. de f.
Chimie	VALDIGUIÉ (P.), C. de f.
Pharmacie	BLANC, C. f.

Secrétaire de la Faculté..... M. DUCROS.

La Faculté déclare n'être pas responsable des opinions émises par les candidats.
(Délibération en date du 12 mai 1891.)

JE DÉDIE CE TRAVAIL :

A LA MÉMOIRE DE MA MÈRE,

A MON PÈRE

dont la tendresse et la bonté n'ont reculé devant aucun sacrifice.

Bien faible témoignage d'amour filial et d'infinie reconnaissance.

A MA SŒUR,

faible gage d'affection et de reconnaissance.

A TOUTE MA FAMILLE,

A MADAME DÉJEAN ET A SUZANNE DÉJEAN,

dont l'aide et l'amitié nous ont été si précieuses au cours de nos études.

A TOUS MES AMIS.

A NOTRE MAITRE ET PRÉSIDENT DE THÈSE,

MONSIEUR LE PROFESSEUR G. MIGINIAC,

Professeur de Clinique chirurgicale et du cancer
à la Faculté de Médecine,
Membre associé de l'Académie de Chirurgie,
Chevalier de la Légion d'honneur.

Mon cher Maître, nous vous devons le sujet de notre thèse, une grande partie des documents qu'elle renferme, les conseils nécessaires à l'élaboration de ce travail. Nous avons été deux fois votre externe, puis votre interne. Au cours de nombreuses causeries familières vous nous avez appris chaque fois des idées originales, claires et précises. Nous gardons de vos enseignements, de votre accueil, de votre bonté, un impérissable souvenir.

Puisse ce modeste travail être pour vous un hommage de reconnaissance et de respectueuse gratitude pour tout ce que nous vous devons.

À NOTRE JURY DE THÈSE :

MONSIEUR LE PROFESSEUR BOULARAN,

Professeur de Clinique chirurgicale et infantile à la Faculté,
Chevalier de la Légion d'honneur.

Nous sommes heureux de vous témoigner notre respect, notre attachement et notre reconnaissance.

MONSIEUR LE PROFESSEUR AGRÉGÉ J. VIRENQUE,

Chirurgien des Hôpitaux.

Témoignage de profonde gratitude pour les nombreuses marques de bienveillance et de sollicitude qu'il n'a cessé de nous témoigner au cours de nos études.

MONSIEUR LE DOCTEUR M. CAHUZAC,

Ex-chef de Clinique chirurgicale infantile à la Faculté,
Chef des travaux pratiques de Médecine opératoire à la Faculté.

Nous vous adressons nos sincères remerciements pour les marques de sympathie que vous nous avez toujours témoignée et pour le bienveillant accueil que vous nous avez toujours réservé à l'Hôpital et à la Faculté.

MONSIEUR LE DOCTEUR F. BERTRAND,

Chirurgien en chef des Hôpitaux de Toulouse,

qui fut pour nous un maître toujours indulgent et bienveillant.

Sentiments respectueusement dévoués.

A MES MAITRES DE LA FACULTÉ ET DES HOPITAUX,

A MES MAITRES DE CONFÉRENCE D'EXTERNAT,

A. BAUDET,

J. LASSERRE,

A TOUS MES MAITRES DE CONFÉRENCE D'INTERNAT,

A MES CAMARADES D'INTERNAT

AVANT-PROPOS

Le traitement des fistules anales et des abcès périanaux a de tout temps soulevé et justifié dans une certaine mesure, les réticences des chirurgiens. Il est incontestable que même actuellement l'unanimité n'est pas réalisée, et la conduite à tenir en pareil cas, est loin d'être codifiée d'une manière simple, immuable, impérative.

Beaucoup de chirurgiens conservent de plus, sur le traitement des fistules anales et des abcès périanaux, des règles de prudence qui, en réalité, ne constituent le plus souvent qu'un pis-aller. La hantise de la section du sphincter, la possibilité toujours rappelée mais jamais observée d'une incontinence aux matières et aux gaz, expliquent l'engouement suscité par les interventions à minima, incision simple de l'abcès au point déclive en particulier. Enfin, il faut reconnaître qu'il en est beaucoup qui confient à leurs assistants et négligent volontiers cette chirurgie pour d'autres qu'ils trouvent plus brillantes, moins aléatoires et moins décevantes, la chirurgie abdominale en particulier.

Récemment, KAUFFMANN, que nous citerons plus loin, semble avoir rallié beaucoup de suffrages en préconisant la section lente du sphincter par un lien élastique passé dans le trajet fistuleux. En fait, cette méthode, rajeunie et remise en honneur, était connue d'HIPPOCRATE, de CELSE (qui utilisait le cuir retord) et par FOUBERT, qui utilisa, avec succès, dans la 8e observation du célèbre mémoire

que nous signalons également, un fil de plomb tordu. Enfin — et nous sommes persuadés que c'est là aussi une erreur — beaucoup de fistules anales éveillent l'idée d'une tuberculose associée, probable, pleuro-plumonaire, péritonéale, génitale osseuse. Cependant bien des fistules apparaissent sur des malades indemnes de toute tuberculose, et toutes les fistules anales authentiques, convenablement traitées, guérissnt rapidement et simplement par l'incision large et la mise à plat, ce qui ne peut être le propre d'une lésion tuberculeuse. Cet argument clinique a pour nous une valeur absolue; il demanderait à être appuyé de preuves bactériologiques et anatomo-pathologiques.

Les discussions sur le traitement des fistules anales et des abcès périanaux sont fort anciennes. Mais c'est en 1743, à l'Académie Royale de Chirurgie, que FAGET aîné étudie et fixe nettement la marche à suivre. Il montre que l'ouverture large du foyer, l'exploration soigneuse de la cavité, de ses trajets, est indispensable. Il affirme enfin qu'il faut inciser tout le trajet fistuleux, jusqu'au rectum, s'il y a lieu, y compris le sphincter anal.

Dans l'ensemble, les contemporains de FAGET accueillirent la méthode avec peu d'enthousiasme et adoptèrent volontiers les règles préconisées par FOUBERT quelques années après : incision simple de l'abcès, au point déclive. C'était là une solution de paresse. Malgré de multiples échecs, malgré des récidives nombreuses et très graves imputables à la méthode, l'immense majorité des chirurgiens restaient partisans de l'opération de FOUBERT.

Seul RECLUS connaissait l'opération de FAGET, l'utilisait régulièrement (ou du moins l'a écrit et enseigné) et avec succès, toutes les fois qu'elle était indiquée. Nous rappellerons plus loin ses idées sur ce point. Nous citerons aussi d'autres partisans de la même méthode, mais partisans moins convaincus.

De notre côté, nous avons longtemps suivi les règles de prudence générale (ou considérées comme telles) dans cette chirurgie de la région anale. Dans tous les cas, nous avions le double souci de ménager le sphincter et d'éviter toute incontinence. Mais dans la clinique chirurgicale et du cancer de M. le Professeur MIGINIAC, au cours du traitement d'un de nos malades, nous avons été amené, malgré nous, à envisager et à exécuter, dans des conditions périlleuses, une double et large rectotomie, pour deux graves fistules ischio-rectales, l'une droite, l'autre gauche.

Dans notre observation n° 1, nous donnons tous les détails concernant l'évolution, les interventions successives et enfin la guérison du malade, chez qui M. le Professeur MIGINIAC a dû pratiquer l'opération de FAGET, contre son gré et pour la première fois au cours de trente années de pratique chirurgicale.

Le résultat, extraordinairement brillant et rapide, nous a amené à reconsidérer la conception actuelle du traitement des fistules anales et des abcès périanaux.

Au cours de notre étude, nous montrerons l'imprécision et l'incertitude manifeste qui domine dans le choix du meilleur traitement. Nous rappellerons les travaux de FAGET, de FOUBERT, et nous donnerons une large place à l'étude critique si précise et si méticuleuse de RECLUS dans les « Cliniques chirurgicales de l'Hôtel-Dieu », publiées en 1888.

Nous citerons et nous analyserons au passage les travaux de nos contemporains, CABANIE, de BUI DE ROCHESTER, de KAUFFMANN.

Pour notre part, nous avons utilisé l'opération de FAGET six fois avec entière satisfaction. Nous pouvons affirmer que l'opération de FAGET est simple, efficace, logique. Elle fait gagner du temps au malade et assure la guérison si son exécution est correcte. Elle ne mérite aucun des griefs

qui lui sont faits, et nos observations viendront appuyer nos affirmations. Enfin, nous avons suivi nos malades longtemps après leur guérison. Nous les avons examinés chaque fois avec soin et jamais nous n'avons eu à noter de récidives. Nous ne mettons donc pas dans la liste des succès, les malades perdus trop rapidement de vue, présentant des récidives, traités dans d'autres centres chirurgicaux.

PREMIÈRE PARTIE

DOCUMENTS CLINIQUES

OBSERVATION N° 1.

(*Recueillie dans le service de M. le Professeur* MIGINIAC.)

B... Robert, 41 ans, cheminot, homme très vigoureux, d'excellente santé, est entré à la salle Saint-Maurice le 23 juillet 1943 pour *fissure anale.*

Le malade a commencé à souffrir de la région anale depuis le début de juillet (soit depuis une vingtaine de jours). Cette douleur est continue, mais avec des paroxysmes très pénibles après les selles. Elle s'accompagne tous les jours d'un écoulement de quelques gouttes de pus. Jamais de sang par l'anus.

Antécédents héréditaires. — Père en bonne santé. Mère décédée d'infection intestinale.

Antécédents collatéraux. — N'a jamais eu de frères ni de sœurs.

Antécédents personnels. — Marié, femme en bonne santé, trois enfants en bonne santé.

EXAMEN DU MALADE :

L'examen local contre l'existence d'une *fissure* médiane, sagittale, postérieure.

L'examen général nous révèle que nous avons affaire à un homme solide, musclé et dont tous les organes sont parfaitement sains.

L'examen cardiovasculaire ne récèle rien d'anormal.

La tension artérielle est à 15/8.

Le pouls est à 85/m.

L'auscultation du cœur reste négative.

L'examen de l'appareil respiratoire ne permet pas de déceler des signes organiques lésionnels.

Il n'y a rien à remarquer au point de vue uro-génital.

Il n'y a ni sucre ni albumine dans les urines.

L'examen neurologique montre une réflectivité et une sensibilité normales.

La réaction de Bordet-Wasserman est négative dans le sang.

Le dosage de l'urée est de 0,32 p. 1000 .

Le 29 juillet 1942 : intervention pour fissure anale, sous anesthésie générale, dilatation progressive du sphincter anal, d'abord à deux doigts, puis au dilatateur de Trélat. Le dilatateur est laissé un quart d'heure en place, jusqu'à dilatation complète. Contrairement aux habitudes du service, l'anesthésie locale n'a pas été utilisée.

Le malade quitte le service le 6 août 1942 incomplètement guéri. Il présente à cette date une petite tuméfaction de la fesse droite.

Le malade est de nouveau hospitalisé dans le service le 17 août 1942, pour *phlegmon bilatéral ischio-rectal,* latent, méconnu d'abord et non traité.

Deuxième intervention le 2 septembre 1942 :

Incision bilatérale et drainage d'un volumineux abcès entouré d'une coque dure et situé dans le creux ischio-rectal faisant le tour du rectum par l'arrière. Vastes décollements du rectum, latéralement et en arrière.

Suites opératoires satisfaisantes, mais il persiste une double fistule mettant les fosses ischio-rectales en communication avec l'extérieur.

Sorti du service le 10 octobre 1942, bifistuleux.

Le malade est hospitalisé une troisième fois dans le service le 11 janvier 1943 pour :

Fistules ischio-rectales bilatérales, jugées incurables sauf par opération de Faget.

EXAMEN A L'ENTRÉE :

Malade toujours extrêmement vigoureux, non suspect de tuberculose, musculature athlétique.

A trois ou quatre centimètres au-dessus de l'anus, on note l'orifice de deux fistules d'où s'écoule en quantité modérée un pus jaunâtre clair. Les caractères des fistules, les caractères du pus, sont les mêmes à droite et à gauche. Le malade déclare que ces fistules ne le gênent que dans la station assise. Une injection de liquide passée dans une fistule ressort par l'autre et ressort par l'anus. L'opération bilatérale de Faget s'impose.

INTERVENTION LE 15 JANVIER 1943 :

Opération bilatérale de Faget. Mise à plat des deux trajets fistuleux par section du sphincter anal au bistouri électrique, à droite et

à gauche. On ne cherche pas la communicaion haute des deux fistules, qui remontent trop loin. Tamponnement, drain dans le rectum. Vaste brèche tamponnée à plat, double rectotomie latérale droite et gauche.

ÉVOLUTION :

Le 16 et le 17 janvier, il est donné de l'opium au malade. Une purgation le 19. Le 25 janvier, le malade est encore en incontinence, mais le 28 il va à la selle normalement. A partir de cette date, toute incontinence a disparu. Guérison complète, rapide et parfaite. Le malade quitte le service le 21 février 1943, sans incontinence. La cicatrisation est complète, la guérison est parfaite.

Revu guéri le 14 mars 1943. Revu ultérieurement, le malade est parfaitement cicatrisé, sans fistule, sans aucune incontinence, ni des matières solides, ni des matières liquides, ni des gaz. A repris son dur service de cantonnier de la voie ferrée.

OBSERVATION N° 2.

(*Recueillie dans le service de M. le Professeur* MIGINIAC.)

M... Jean, cheminot, né le 21 novembre 1859 à Saint-Laurent-de-Labéioux (Aude).

Entré le 19 février 1942, salle Saint-Maurice, pour *fistule anale.*

Le malade ramène le début des accidents à un traumatisme qu'il a reçu dans la région anale quatre années auparavant, et à la suite duquel il a toujours senti des démangeaisons, maximum le soir, mais nullement influencées par les défécations. Un médecin consulté conseille l'application d'une pommade.

Il y a un mois, le malade ressent une vive douleur dans la région anale et constate la présence d'une grosseur du volume d'une noix. Au bout de deux jours, l'abcès s'ouvre spontanément et il s'écoule un pus verdâtre, bien lié. Les signes généraux s'améliorent très rapidement. Le malade va néanmoins consulter son médecin qui pratique une plus large ouverture de la plaie. Malgré cette intervention, il persistera une fistule anale gauche.

Antécédents héréditaires. — Mère âgée de 84 ans, ayant eu deux ramollissements cérébraux.

Père décédé d'une affection indéterminée.

Antécédents collatéraux. — Sœur décédée en bas-âge de méningite.

Antécédents personnels. — Une fièvre typhoïde à l'âge de 6 ans, qui a guéri sans laisser de traces.

EXAMEN A L'ENTRÉE :

Dans la région anale, à 1 centimètre du rectum, sur la fesse gauche, on voit une fistule linéaire, obliquement dirigée, en haut, en dehors et à gauche.

L'exploration du trajet fistuleux, à la sonde canelée, permet d'enfoncer celle-ci de quelques centimètres. Le trajet est situé en dehors du sphincter : fistule borgne externe extra-sphinctérienne. L'examen général ne révèle rien.

INTERVENTION :

Opération de Faget : mise à plat par incision jusqu'au rectum, tamponnement, le sphincter anal est complètement sectionné et bien vu. Guérison rapide; cicatrisation complète en vingt jours, sans incontinence ni des gaz, ni des matières solides.

Malade revu : guérison sans fistule, ni ulcération, ni incontinence.

OBSERVATION N° 3.

(*Recueillie dans le service de M. le Professeur* MIGINIAC.)

B... Victor, manœuvre à l'O. N. I. A., né le 21 avril 1906 à Marquefave (Carbonne).

Entré salle Saint-Maurice le 9 mars 1943, pour *phlegmon de la fosse ischio-rectale gauche,* plegmon gangréneux vu très tardivement.

Antécédents héréditaires. — Père décédé d'une affection impossible à déterminer. Mère vivante, mais hémiplégique.

Antécédents collatéraux. — Une sœur en bonne santé.

Antécédents personnels. — Ce malade n'a contracté aucune maladie importante jusqu'en 1926, date à laquelle il accomplit son service militaire. Il est réformé temporairement quelques mois après son incorporation pour une *atteinte pulmonaire,* qu'il prétend avoir été une bronchite aiguë. En 1927, il est soigné pour une broncho-pneumonie. Dans les années qui suivent, le malade présente des atteintes pulmonaires qu'il est difficile de faire préciser. Il prétend souffrir également d'une atteinte cardiaque qu'il fait remonter à son premier épisode pulmonaire. Il présente des crises à type d'angor, avec douleurs en ceinture, se répétant tous les deux ou trois mois. Le malade présente également une insuffisance hépatique.

Cet homme a quatre enfants, dont un a présenté une paralysie infantile.

HISTOIRE DE LA MALADIE :

Vers le 20 février 1943, le malade présente un premier épisode septique, probablement un furoncle de la région anale gauche, qui s'ouvre spontanément à la peau. Se jugeant guéri, il ne fait aucun traitement.

Dans les derniers jours de février, le malade présente un prurit anal interne, calmé par le grattage. Ce prurit augmente et, le 2 mars 1943, il constate la présence d'une tuméfaction qui augmente rapidement. Les douleurs s'exacerbent et nécessitent l'arrêt du travail. Le 4 mars, le malade doit garder le lit. Les douleurs sont très vives et sont exagérées par les mouvements et par la défécation. Le malade est hospitalisé d'urgence le 9 mars 1943.

EXAMEN A L'ENTRÉE :

A l'examen, nous apercevons une grosse tuméfaction s'étendant sur toute la région gauche du périnée de 3 centimètres du coccyx en arrière jusqu'aux bourses en avant, et présentant une largeur de 3 à 4 centimètres.

Cette tuméfaction siège du côté gauche, et en avant de l'orifice anal. A ce niveau, la peau du périnée est dure, tendue, lisse, violacée. La palpation est horriblement douloureuse et nous fait éprouver une sensation de dureté, superficielle, avec fluctuation profonde.

Le toucher, très difficile à pratiquer du fait des douleurs intenses et de la nervosité particulière du sujet, nous montre un rectum déformé, repoussé du côté droit par une tuméfaction, qu'on arrive difficilement à délimiter. Nous nous trouvons en présence d'une induration massive tenant toute la partie normalement souple de l'ischion à l'ampoule rectale.

Il n'y a pas d'envahissement de la fosse ischio-rectale du côté opposé.

Les signes généraux sont moins marqués que ne le ferait attendre l'état local de la lésion.

Le pouls est à 90 pulsations/minute.

La température est à 38°.

Seule l'inappétence et l'insomnie marquent la gravité de l'infection.

INTERVENTION LE 9 MARS 1943 :

Opération d'urgence d'après la technique de Faget, sous anesthésie générale.

Après incision large intéressant la peau, le tissu cellulaire sous-cutané et le sphincter, on se trouve en présence d'une cavité de la grosseur d'une orange, renfermant un pus de couleur chocolat clair,

mal lié. La poche s'étend presque de l'ischion jusqu'à la tunique de l'ampoule rectale. On panse à plat. On met une mèche dans la cavité et un drain intra-rectal.

SUITES OPÉRATOIRES :

L'état général s'améliore. La température, montée à 39° le lendemain de l'opération, redescend en huit jours progressivement à la normale.

La mèche est enlevée le cinquième jour. Après l'opération, le malade est constipé à l'opium, pendant les six premiers jours, avec 5 centigrammes d'opium par jour. Il est ensuite purgé à l'huile de ricin.

Le 15 mars : plaie opératoire belle, ni fièvre, ni douleurs. Pas d'incontinence ni aux matières ni aux gaz.

Sorti le 20 mars (mardi) 1943.

Revu le 6 mai, le malade présente une incontinence partielle. Il a perdu ses matières trois fois en quinze jours, notamment lorsqu'il se baisse. A l'examen, cicatrisation incomplète. Au toucher rectal, le sphincter se contracte bien dans les quadrants supérieur et inférieur droit. Il se contracte moins bien dans le quadrant inférieur gauche où la contraction n'est guère que partielle.

Revu en juillet 1943. Malade complètement cicatrisé, mais le délabrement a été si étendu qu'il existe du côté opéré un prolapsus latéral du rectum, sans incontinence vraie, suintement muqueux. Le malade est incommodé par ce prolapsus qui est maintenu en permanence par un gros tampon de coton.

Etat général assez satisfaisant, le malade est invité à revenir dans le service en vue d'une tentative de cure de ce prolapsus. Fin 1943, début 1944, perdu de vue.

OBSERVATION N° 4.

(*Recueillie dans le service de M. le Professeur* MIGINIAC.)

D... Raoul, 22 ans, boulanger, né le 3 juillet 1921 à Marseille.

Entré le 2 mars 1943 pour *phlegmon aigu de la fosse ischio-rectale gauche.*

Antécédents héréditaires. — Père et mère en bonne santé.

Antécédents personnels. — Ecoulement blennorragique suspect et

fugace en 1934. En 1934, début de bacillose pulmonaire qui nécessite un traitement en sanatorium.

HISTOIRE DE LA MALADIE :

Le 27 février 1943 et les jours suivants, le malade présente un prurit anal de plus en plus intense. Le surlendemain, les douleurs deviennent si violentes que le malade vient consulter dans le service.

EXAMEN A L'ENTRÉE :

L'examen de la région anale nous montre une tuméfaction unilatérale gauche s'étendant loin, du coccyx à la racine des bourses et de l'orifice anal à l'ischion.

Cette tuméfaction, dure, tendue, douloureuse, déforme la fesse qu'elle surélève notablement. Toute cette région est rouge foncé, chaude, œdémateuse, douloureuse à la pression la plus légère.

Toucher rectal :

Le toucher rectal montre une ampoule, déformée, comblée, repoussée du côté sain par la saillie de l'abcès. Cet examen est très douloureux.

Les signes généraux sont importants :

La température est à 39°8.

Le pouls est à 110 pulsations/minute.

L'inappétence, la courbature générale sont très accusées.

Recherche des propagations :

Le toucher rectal nous montre l'intégrité de la fosse ischio-rectale du côté opposé et des espaces pelvi-rectaux.

INTERVENTION LE 2 MARS 1943 :

Opération de Faget. Section du sphincter. Incision verticale, issue d'un flot de pus grisâtre, mal lié, d'odeur fétide.

L'exploration digitale montre une cavité du volume d'un poing, qui n'est séparée de la lumière rectale que par l'épaisseur des tuniques musculaires.

Section de tous les tissus chargés sur une sonde, pénétrant dans le rectum au niveau de l'angle supérieur de la poche abcédée. Pansement à plat par tamponnement, drain intra-rectal.

SUITES OPÉRATOIRES :

Le malade est maintenu constipé pendant cinq jours par cinq centigrammes d'opium. Le sixième jour, le malade est purgé. A partir du sixième jour, le malade va à la selle une fois par jour sans incontinence.

Le 14 mars : la plaie est très belle, rouge. Il n'y a ni fièvre ni douleur.

Le malade est revu le 6 mai 1943 : aucune incontinence. La guérison est complète. Le sphincter est continent et se contracte bien au toucher rectal.

OBSERVATION N° 5.

(*Recueillie dans le service de M. le Professeur* MIGINIAC.)

L.. Pierre, 40 ans, cheminot.

Entré salle Saint-Maurice, le 15 juillet 1943, pour *fistule ischio-rectale gauche chronique.*

Antécédents héréditaires. — Père et mère en bonne santé.

Antécédents collatéraux. — Un frère et une sœur en bonne santé.

Antécédents personnels. — Une blennoragie à l'âge de dix-neuf ans, qui disparaît en sept ou huit jours sans laisser de séquelles décelables et sans jamais récidiver. Marié à vingt-cinq ans, a une fille en bonne santé.

HISTOIRE DE LA MALADIE ACTUELLE :

Il y a dix mois, le malade éprouve une sensation de gêne et de prurit rectal et péri-rectal. Après quatre à cinq jours, cette sensation disparaît.

Il y a huit mois, le malade remarque la formation d'un abcès, à deux travers de doigt à gauche de l'anus. Cet abcès s'évacue sans avoir occasionné de douleurs notables. Mais, depuis huit mois, c'est-à-dire depuis son évacuation spontanée, cet abcès suppure tous les jours un peu, obligeant le malade à porter un pansement à ce niveau.

La défécation n'a jamais été douloureuse.

EXAMEN A L'ENTRÉE :

Bon état général. L'examen physique des divers appareils ne permet pas de mettre en évidence des signes de maladie organique. Il n'y a rien à signaler au niveau de l'appareil respiratoire.

Le cœur est normal à l'examen physique. Le pouls est à 80 pulsations/minute. La tension artérielle à 15/7. L'examen digestif et urogénital n'apprend rien de particulier. Du point de vue neurologique, la motricité, la sensibilité et la réflectivité sont intactes.

INTERVENTION LE 17 JUILLET 1943 :

Opération de Faget, pour fistule latéro-anale gauche.

La sonde cannelée pénètre verticalement au fond du creux ischio-rectal. Dilatation de l'anus sous anesthésie locale pure à 1 % et 0,5 %.

Section du sphincter et de la paroi rectale au thermocautère, jusqu'au fond de la cavité fistuleuse.

Gaze iodoformée.

SUITES OPÉRATOIRES :

Sans incidents notables. Le malade est maintenu constipé pendant cinq jours, purgé le sixième. Dans les jours suivants, le malade commande bien ses selles mais, lorsqu'il ressent le besoin, il est obligé de se hâter.

Le 5 août 1943, la plaie est en bonne voie de cicatrisation.

Au toucher rectal, le sphincter se contracte bien.

Le malade quitte le service le 16 août 1943, continent et guéri de sa fissure ischio rectale. N'a pas été et n'est pas incontinent.

OBSERVATION N° 6.

(*Recueillie dans le service de M. le Professeur* MIGINIAC.)

L.. Jean, 25 ans, comptable.

Entré le 9 décembre 1943, salle Saint-Maurice, pour *fistule ischio-rectale droite.*

Antécédents héréditaires. — Père et mère en bonne santé.

Antécédents collatéraux. — Une sœur en bonne santé.

Antécédents personnels. — Pas d'antécédents pathologiques à signaler jusqu'en octobre 1942. Cet homme est marié, sa femme en bonne santé, ainsi que sa fille âgée de vingt ans.

MALADIE ACTUELLE :

En octobre 1942, le malade accuse des troubles digestifs complexes : diarrhée, coliques abdominales, aérocolie très importante.

En décembre 1942, cet homme est atteint de furonculose.

En janvier 1943, formation d'un abcès périanal, accompagné de

douleurs très violentes continues, sans paroxysmes. Le traitement institué pendant quatre jours consiste en sédatifs généraux, compresses chaudes. La douleur devenant de plus en plus intolérable, sans qu'il y ait écoulement de pus, le malade est opéré dans une clinique de la ville. Pendant une semaine environ, écoulement de pus très fétide et très abondant. Dans les semaines suivantes, cette suppuration va devenir très peu abondante, mais elle persiste jusqu'à l'admission du malade à l'Hôtel-Dieu, en décembre 1943, *soit un an après.*

EXAMEN DU MALADE :

L'examen général ne révèle rien d'anormal. Les divers appareils sont normaux à l'examen physique.

Cet homme ne souffre pas et actuellement ne se plaint de rien en dehors de sa fistule.

L'examen local montre :

Un petit bourrelet hémorroïdaire.

Une fistule latéro-anale droite, à 3 centimètres de l'anus dans laquelle le stylet pénètre de 5 à 6 centimètres.

INTERVENTION LE 17 DÉCEMBRE 1943 :

Opération de Faget sous anesthésie générale à l'éther.

Section et mise à plat au bistouri électrique de tout le trajet fistuleux, section du sphincter anal. Mèche iodoformée.

SUITES OPÉRATOIRES :

Le malade est constipé pendant cinq jours. Le 23 décembre, c'est-à-dire le sixième jour, le malade a un lavement.

A partir du 23 décembre 1943, cet homme va à la selle normalement. Ne se souille pas et urine normalement. Pas d'incontinence.

L'état local est excellent. Le trajet est rouge et en voie de cicatrisation.

Le 31 décembre 1943, le malade va très bien. La cicatrisation du trajet est excellente. Il n'y a aucune incontinence, ni pour les matières, ni pour les gaz.

IIe PARTIE

JUGEMENTS ET PROCÉDÉS OPÉRATOIRES DES CHIRURGIENS DU XVIIIe ET DU XIXe SIECLE

Nous allons montrer par des extraits combien ce traitement de fistules périanales et des abcès ischio-rectaux a été discuté et a toujours révélé d'importantes divergences de vues entre les grands chirurgiens de tous les temps. Un des plus résolus et cependant très peu écouté fut FAGET aîné, qui essaya d'expliquer et d'éviter les déboires de ses confrères, à partir d'une très belle observation que voici :

Remarques sur les abcès qui arrivent au fondement.

par M. FAGET, aîné.

(Extraits des *Mémoires de l'Académie Royale de Chirurgie*, année 1836, t. I).

« Il ne suffit pas toujours d'ouvrir les abcès du fondement où le rectum est découvert. Il faut inciser ou fendre cet intestin, pour procurer sa réunion avec les parties voisines. Sans cette précaution, on obtient assez ordinairement une fausse guérison et souvent la récidive de la maladie oblige, comme on va le voir par l'observation suivante, à recourir à des opérations beaucoup plus considérables que celles que l'on a manqué de faire d'abord.

« Le 26 janvier 1739, M. Gelé, âgé de 32 ans, fut attaqué à Nantes de douleurs vives au fondement, que l'on attribua à des hémorroïdes internes.

« Le 15 du même mois, on aperçut une tumeur suppurée, qui occupait le côté droit de la fesse, depuis le coccyx jusqu'à la partie moyenne du périnée.

« Le 17, un chirurgien de Nantes ouvrit cette tumeur dans toute son étendue, sans cependant toucher le rectum. Quinze jours après, il reparut un nouvel abcès qui occupait tout le côté gauche.

« Ce second abcès fut encore ouvert par une incision parallèle à la première. Ces deux plaies se communiquaient sous la peau qui s'attache au coccyx. Dans la suite, l'ulcère parvint à faire presque le tour du rectum et s'étendit jusqu'à deux pouces de profondeur, à l'exception du côté du périnée où la peau seule était détachée.

« Après cinq mois de pansement, l'ulcère fut regardé comme incurable par les chirurgiens que le malade avait consultés dans son pays, ce qui le détermina à se transporter à Paris, où il arriva le 9 juin 1739.

« J'examinai sa maladie avec M. Boudou et mon frère. Nous convînmes qu'il fallait emporter un pouce et demi de l'extrémité du rectum. Je préparai le malade et lui fis cette opération de la façon suivante :

« Je perçai d'abord le rectum de droite à gauche avec un gros stylet avec lequel je fis l'anse. Je commençai à couper le lambeau de peau qui tenait au coccyx, et je continuai tout le long de l'attache des muscles releveurs jusqu'à la partie moyenne du périnée où il y avait beaucoup de duretés et de callosités que j'emportai. Je pansai la plaie avec un gros bourdonnet et des lambeaux de linges trempés dans de l'eau alumineuse, le tout soutenu de plusieurs compresses et d'un bandage convenable... Je continuai à panser le malade pendant près de six mois et je l'ai conduit à une guérison complète... »

Et M. Faget aîné ajoute :

« Raisons qui obligent à inciser l'intestin.

« Dans tous les cas où il se forme un abcès dans le voisinage du fondement, il est nécessaire, si cet abcès s'étend un peu dans les graisses et si l'intestin est découvert, d'ouvrir jusqu'au fond, comme si l'on faisait l'opération de la fistule. Sans cette pré-

caution, il se fait de nouvelles collections de matières et la plaie ne pourrait manquer de devenir fistuleuse.

« Le seul moyen d'éviter cet inconvénient est donc d'ouvrir le rectum et de couper le trousseau de fibres circulaires jusqu'au fond de cet abcès. Cette incision empêche le séjour du pus entre l'intestin et les graisses. Elle procure de nouvelles chairs qui naissent de l'intestin même, lorsque la plaie de cette partie se régénère, et ces nouvelles chairs, se joignant à celles que produisent les parties voisines, facilitent beaucoup la réunion de cet intestin avec les graisses et avec la peau. »

Pour terminer, M. FAGET étudie le résultat fonctionnel et réfute toutes les craintes d'incontinence.

« On avait insinué au malade qu'après l'opération il rendrait les matières involontairement. Je le rassurai de mon mieux, fondé sur le mécanisme de cet organe. Cependant les craintes ne cessèrent que vers la fin de 1739. Il se donna alors une indigestion si violente qu'elle l'obligea d'aller à la selle vingt fois en six heures. Il me manda aussitôt et m'assura qu'il retenait ses matières quoique fluides avec la même facilité qu'auparavant. »

En 1837, dans les *Mémoires de l'Académie Royale de Chirurgie*, tome V, FOUBERT critique et cherche à détruire point par point la thèse exposée par FAGET aîné. FOUBERT présente et discute huit observations dans son travail sur « les abcès du fondement ».

Il s'élève contre la section précoce de l'intestin. Il lui préfère l'ouverture simple de la collection purulente qui suffit quelquefois pour amener une parfaite guérison. Si une fistule se forme, il sera toujours temps de l'opérer.

Dans ses deux premières observations, il s'agit de deux femmes enceintes qui présentaient, l'une un « abcès considérable » de la région de l'anus, l'autre une « très grande suppuration d'une des grandes lèvres » qui guérirent rapidement par simple incision.

Dans sa troisième observation, FOUBERT présente un malade guéri, par la même incision, sur le point le plus saillant de l'abcès, qui occupait toute la circonférence de l'anus. La guérison était assurée en trois semaines.

La quatrième observation, communiquée par RUFFEL à FOUBERT, est certainement critiquable et obscure. La malade, âgée de 30 ans, fut soupçonnée atteinte d'abord de grossesse, puis d'hydropisie, mais élimina bientôt une grande quantité de pus par une fistule recto-vaginale. La guérison fut obtenue naturellement sans aucune intervention chirurgicale.

Pour la cinquième observation, après l'apparition d'un volumineux abcès péri-anal, secondairement fistulisé dans le vagin, il fut nécessaire de débrider le trajet fistuleux et de faire passer une mèche de la plaie dans le vagin. Dès que le pus fut louable, il supprima ce séton et pansa la plaie à plat. Le recollement de toutes les parties dilacérées se fit en peu de temps, mais il reste une fistule complète de l'anus.

Les sixième et septième observations concernent des malades présentant des fistules uréthrales. La guérison fut obtenue par l'usage des bougies dans l'urèthre. Ces observations ne doivent donc par nous retenir.

Par contre la huitième observation est très instructive et révèle un retour aux anciens procédés de traitement des fistules anales, procédé connu et utilisé par CELSE, par FABRICE D'AGUAPENDENTE et récemment remis en honneur par KAUFFMANN.

FOUBERT dit en effet :

« Je fus appelé à voir un homme de 70 ans qui, à la suite d'une grande maladie, avait eu un abcès à la marge de l'anus. Les téguments étaient dilacérés dans une assez grande étendue. La sonde que je portais dans le foyer de l'abcès pénètre dans le rectum. Je pris le parti de passer un fil de plomb pour former une anse. Je serrai médiocrement les parties en contournant les deux bouts du stylet flexible. Je continuai à serrer le fil de plomb à 5 ou 6 reprises, dans l'espace de 15 à 20 jours, pour couper les parties comprises dans l'anse. La guérison radicale suivit de près et s'est toujours soutenue. »

S'appuyant sur ces observations, FOUBERT s'efforce de montrer l'innocuité et aussi le succès de l'incision simple. Il refuse d'inciser ou de fendre l'intestin jusqu'au fond de l'abcès.

Dans une de ses « Cliniques Chirurgicales de l'Hôtel-Dieu », en 1888, RECLUS reprend point par point toute cette discussion.

Il montre les hésitations, les opinions divergentes des grands chirurgiens du moment. Après avoir rappelé comment, en 1743, la question a été posée et résolue par FAGET aîné devant l'Académie Royale de Chirurgie, sur son unique observation de M. Gelé, il nous dit que seul J.-L. PETIT parmi les contemporains de FAGET accepte sans restriction la doctrine nouvelle. Néanmoins l'éditeur affirme que cette méthode aurait fait fortune également auprès de tous les autres chirurgiens. J.-L. PETIT proclame que les abcès du fondement doivent être traités comme on le ferait d'une fistule, et que le rectum et son sphincter seront sectionnés d'une manière préventive, sans attendre la formation certaine du trajet fistuleux.

J.-L. PETIT est tellement le seul que, dès le tome 3e des *Mémoires de l'Académie Royale de Chirurgie,* FOUBERT, le célèbre directeur de la Compagnie, donne une réfutation en règle de l'opération de FAGET. Nous avons analysé ses huit observations et nous avons vu combien elles sont contestables et peu probantes. Cependant, d'après une note de l'éditeur, la doctrine de FOUBERT « fut généralement suivie ».

Note pour le moins contradictoire, dit RECLUS, avec la note identique qui accompagne le travail de FAGET. On ne peut à la fois imiter FAGET et FOUBERT, inciser le rectum et ne pas l'inciser. Le succès des deux thèses en présence « FAGET contre FOUBERT » fut inégal. S'appuyant sur les recherches bibliographiques étendues du docteur Emile DE BARRAU DE MURATEL, RECLUS montre qu'en réalité l'opinion de FOUBERT a jusqu'à nos jours dirigé la conduite de la presque unanimité des chirurgiens.

Voici ce que dit RECLUS :

« Quelques uns suivent ces préceptes à la lettre et se contentent dans tous les cas de la ponction simple de l'abcès. D'autres, moins systématiques ou moins exclusifs, admettent le procédé de FAGET lorsque la collection purulente de la marge de l'anus a déjà perforé le rectum. Alors seulement ils incisent à la fois la peau et l'intestin. C'est la pratique de VELPEAU, de DUPLAY, de GOSSELIN, de NELATON, etc., et, parmi les contemporains, nous ne trouvons guère que CHASSAIGNAC, VERNEUIL et

TRELAT qui, après ouverture de l'abcès, vont à la recherche du décollement, le trouvent et le sectionnent. »

Et RECLUS continue :

« Pour que des chirurgiens de la valeur de GOSSELIN, de VELPEAU, de NELATON, qui connaissaient le procédé de FAGET, lui aient préféré la simple ponction de FOUBERT, il leur fallait des raisons puissantes. La plus sérieuse, mais peut-être celle qu'ils invoquent le moins, est l'extrême gravité des larges débridements dans la région ano-rectale. Au jeu des grandes incisions, les chirurgiens risquaient l'infection purulente. Ils aimaient mieux courir le risque d'une fistule possible, probable ou même certaine, que de voir attribuer la mort de leur malade par une intervention hâtive et radicale. L'argument était de poids. Heureusement qu'à cette heure, depuis les antiseptiques, depuis surtout l'emploi judicieux de l'iodoforme, il est négligeable et ne saurait plus faire pencher la balance en faveur du procédé de FOUBERT.

« Les adversaires de FAGET ont invoqué aussi l'incontinence des matières fécales qui suivrait d'après eux la section du sphincter.

« Il est certain que, dans les premiers temps de l'opération, le malade ne peut retenir les gaz et les substances liquides qui s'échappent par l'anus incisé. Mais cet inconvénient est de courte durée. Nous ne l'avons jamais vu persister après la cicatrisation de la plaie. Elle disparaît en même temps que se comble la perte de substances. Il faudrait pour qu'elle durât que le sphincter eût été sectionné en deux endroits, encore ne se manifeste-t-il d'inconvénient que pour les selles diarrhéiques. L'observation a donc démontré le mal-fondé de cette deuxième accusation.

« On a incriminé la douleur plus grande dans les larges incisions que dans les ponctions simples, mais avec l'emploi du chloroforme tombe ce nouveau grief. La crainte des hémorragies menaçantes en cette région très vasculaire lors des débridements étendus avait autrefois sa raison d'être. Celle-ci est vaine maintenant que nous possédons l'anse galvanique, le thermocautère et notre merveilleux arsenal pour l'hémostase. Il ne reste donc

plus qu'un argument pour les continuateurs de FOUBERT, la guérison possible à la suite d'une simple ponction. Il est certain que si cette guérison est fréquente, on préférera à un débridement étendu un coup de pointe dans la partie la plus déclive de la collection purulente.

« Nous diviserons volontiers en trois catégories les abcès qui, d'après les auteurs, auraient été guéris par la méthode de FOUBERT.

« Dans la première catégorie, je mettrai les faits — que je ne connais pas, mais que je ne veux pas nier — où la cicatrisation, une cicatrisation authentique et légitime, d'un véritable abcès ischio-rectal, serait survenue après une simple ponction. Des bourgeons charnus cohérents ont comblé la perte de substances, il n'y a point eu de trajet fistuleux consécutif. Mais ces cas sont si rares, qu'en vérité le chirurgien ne doit guère compter sur eux; les escompter ne serait ni sage, ni prudent.

« Dans la deuxième catégorie, je rangerai les abcès tubéreux, pris faussement pour des abcès de la région ischio-rectale. L'erreur doit être fréquente, nous l'avons commise et nous l'avons vu commettre. N'est-ce pas d'un abcès de ce genre qu'il s'agissait dans un cas qu'un de nos amis nous communiquait récemment pour combattre le procédé de FAGET.

« Enfin, dans la troisième catégorie, j'accumulerai les exemples où l'opérateur croit de bonne foi à une guérison après une ponction simple, mais cette conviction est le résultat d'une erreur. Lorsque FOUBERT, dans son mémoire, nous parle de ses malades cicatrisés en douze ou quinze jours « après la plus petite ouverture possible au point le plus déclive de la tumeur », je voudrais lui voir ajouter qu'il a examiné ces opérés plusieurs semaines ou plusieurs mois après son intervention et que la guérison s'est maintenue.

« Nous venons d'opérer, avec le docteur RAYMOND, une dame qui, depuis cinq ans, a dans la région ano-rectale, un abcès à manifestations intermittentes. Il a plusieurs fois été déclaré guéri. Lors de notre examen, nous n'avons pas trouvé d'orifice fistuleux, mais seulement un point dépressible qu'il nous a fallu percer avec la sonde cannelée. Nous avons alors parcouru un

vieux trajet qui remontait jusqu'au-dessus de l'ampoule. Pour guérir cette fistule, nous avons pratiqué une veritable rectotomie latérale, qui, au bout d'un mois et demi, n'est pas encore cicatrisée.

« Notre opérée cependant, avant notre intervention, avait été considérée comme guérie par un médecin inattentif, il était prêt à déclarer que la simple ponction de FOUBERT lui avait donné un succès. Les téguments ne semblaient-ils pas intacts?

« La plupart des succès mis à l'actif de la méthode de FOUBERT ne sont donc que des exemples de fausses guérisons; l'incision simple a été suivie d'une cicatrisations superficielle et, plus tôt ou plus tard, les opérés reviennent avec une fistule. On la croit récente, mais son trajet profond date en réalité du jour où se fondit la graine de l'espace ischio-rectal et où s'amassa la première collection de pus. Aussi, pouvons nous dire que, pratiquement, tout abcès de la région est une fistule en puissance qui tantôt se ferme sans intervention du chirurgien par ulcération spontanée de la peau, tantôt s'organise après et malgré la ponction. »

Puis RECLUS présente l'observation d'un pasteur protestant qui eut d'abord un volumineux phlegmon ischio-rectal, ouvert par simple ponction, puis ouvert une deuxième fois pour une récidive. Le malade, plus tard, considéré comme phtysique, est envoyé en Algérie, RECLUS voit enfin le malade et l'opère — une double rectotomie latérale et postérieure est nécessaire — le délabrement opératoire est si considérable que la réparation se fit attendre plus d'une année avant d'être complète. Mais RECLUS précise : « La guérison a été merveilleuse, le sphincter, malgré sa section en deux endroits, a repris sa fonction, et notre pasteur qui songeait à la retraite, exerce encore son ministère, dans une des villes où la population protestante est la plus dense ».

Nous n'avions pas besoin de ce fait pour asseoir notre conviction, car, depuis plus de huit ans, nous avons toujours recours à la méthode de FAGET. Nous allons ainsi au-devant du mal qui se prépare, et, par une incision précoce du rectum, nous évitons de nouveaux abcès et des décollements plus étendus. Nous supprimons du même coup cette période énervante entre la collec-

tion purulente qui ne se tarit pas et la fistule qui s'organise. Aussi, pour tout abcès de la région ano-rectale, notre conduite est toujours la même. Nous ponctionnons le foyer au thermocautère et, par cet orifice, nous introduisons la sonde cannelée. Elle nous révèle la direction et l'étendue du décollement, que nous fendons dans toute sa hauteur. L'anus est alors dilaté avec le spéculum, ce qui nous permet d'examiner et de régulariser les moindres replis de la plaie. Les diverticules sont ouverts, les lambeaux flottants sont brimés, et la perte de substance, plate et anfractueuse, guérit sans mèche, lentement et sûrement.

Nos observations sont nombreuses et semblent toutes calquées les unes sur les autres. Nous nous contenterons de dire que nous n'avons à déplorer aucun accident de ceux prophétisés par les adversaires de la méthode, suppuration intarissable, incontinence. La guérison est souvent fort lente, mais elle ne l'est certainement pas plus qu'elle ne l'eût été si on avait attendu l'organisation définitive de la fistule.

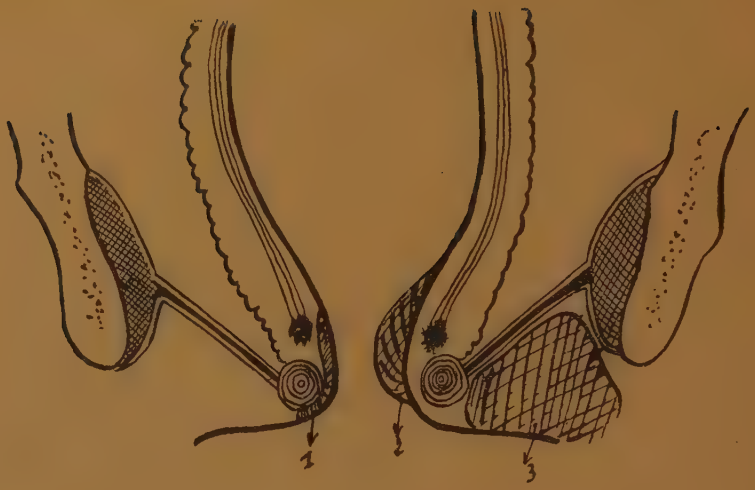

FIG. 1.

1. Abcès sous-cutanéo muqueux.
2. Abcès intra-mural.
3. Abcès de la fosse ischio-rectale.

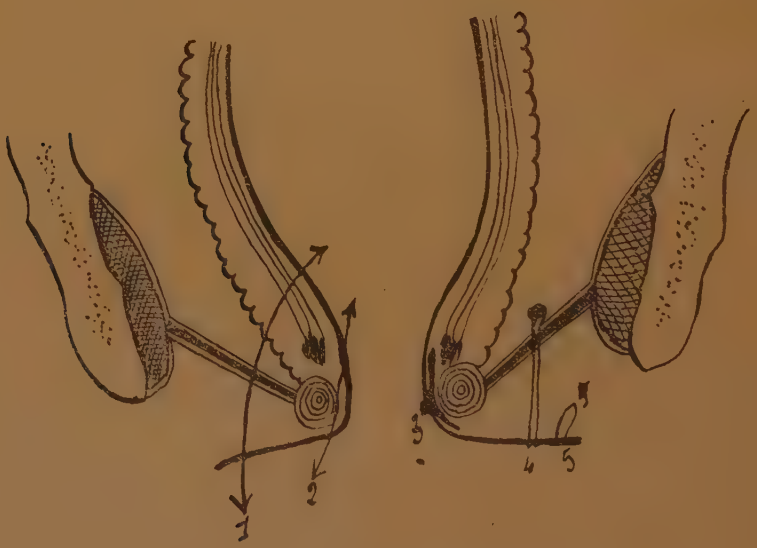

FIG. 2.

1. Fistule complète extra-sphictérienne.
2. Fistule complète intra-sphinctérienne.
3. Fistule intra-sphinctérienne avec décollement sous-muqueux.
4. Fistule borgne externe de l'espace pelvi-rectal supérieur.
5. Fistule ischio-anale, borgne extérieure.

III[e] PARTIE

MÉTHODES OPÉRATOIRES ACTUELLES ET OPINIONS DES CHIRURGIENS CONTEMPORAINS

Depuis une dizaine d'années, KAUFFMANN a étudié et publié un traitement actuellement bien connu. Il s'efforce d'en montrer l'innocuité et la simplicité. En réalité, ce traitement est subordonné à toute une série de règles qu'il faut rigoureusement observer pour réussir une cure radicale et définitive. KAUFFMANN insiste sur l'existence du « sinus de la fistule » qui l'alimente et l'entretient et qu'il faut drainer à tout prix. Sinon les récidives surviennent et avec une fréquence non négligeable dans les trajets fistuleux compliqués et étendus. Voici ce qu'il écrit :

Traitement ambulatoire des fistules anales.

par Kauffmann

(*Presse médicale* du 12 juin 1935).

« Il y a, depuis HIPPOCRATE, 24 siècles que l'on écrit sur le traitement des fistules. Force est bien de reconnaître que nous n'avons ni unité de doctrine, ni direction technique. Les écrits modernes sont souvent décevants; les discussions dans les sociétés savantes étalent à l'évidence des désaccords profonds. L'on doit constater un grand nombre de récidives, et même l'on peut avoir la surprise d'entendre que le malade garde sa fistule, sur le conseil d'un chirurgien réputé.

« Et cependant, la lecture des textes, l'observation des malades et quelque peu d'esprit critique permettent aujourd'hui la

même assurance qu'avait JOHN, Anglais du Moyen âge : toute fistule doit guérir, et sans récidive, et sans incontinence. J'ajoute : sans anesthésie autre que locale et sans immobiliser le patient. Il n'y a jamais lieu de mécher la plaie. La guérison doit être obtenue en exécutant les manœuvres suivantes :

« 1° Mettre à plat le décollement muqueux.

« 2° Diriger les résorptions de cette plaie par un drainage qui les dérive complètement des graisses ischio-rectales.

« 3° Inciser le trajet, si son ancienneté en a fait un corps étranger dont l'organisme ne saurait désormais se débarrasser.

« 4° Laisser tout décollement et lymphangite ischio-rectale guérir spontanément par le fait que le drainage supprime leur alimentation.

« 5° Conduire la cicatrisation de la plaie de drainage hors de la muqueuse intestinale. Alors ce canal, ayant ou non traversé le sphincter, devient une plaie cutanée plate, ne communiquant pas avec le rectum et qui se comble spontanément.

« Toutes ces manœuvres sont, comme avant la Renaissance, exécutables ambulatoirement. »

De son côté, CABANIE écrit dans la *Presse Médicale* du 30 mai 1936, n° 44, p. 878-883 :

« *Sur les fistules anales et leur incision.*

« En mars 1935, une discussion de la Société de Chirurgie, ouverte par un rapport du professeur GRÉGOIRE, a montré que le désaccord est profond sur le meilleur mode de traitement des fistules anales. Non seulement il existe des procédés très différents, mais encore, l'un d'eux, l'incision, donne des résultats tout à fait opposés, entre des mains également expertes. Il semble donc qu'on n'est pas allé au fond de la question et que, dans le champ cent fois labouré de la technique chirurgicale pure, le petit coin des fistules anales contient encore des parties imparfaitement explorées. Les procédés d'incision avec suture complète recherchent la cure idéale, la réunion par première intention et sont susceptibles de donner un résultat parfait en huit jours. DELBET, qui a été le principal vulgarisateur de cette méthode, insiste sur la nécessité :

« 1° De bien désinfecter le rectum et la plaie.
« 2° De faire une incision nette et une hémostase rigoureuse.
« 3° De réaliser une suture capitonnante ne laissant aucune possibilité d'hématome. »

Il insiste sur la difficulté de réaliser ce dernier point dans certains cas, et lorsque l'incision approche des parois pelviennes, la suture sans défaut devient impossible.

« La technique de BUI, de ROCHESTER, à la Mayo Clinic, est assez surprenante pour nos esprits européens hantés par la crainte de l'incontinence. BUI incise la fistule en sectionnant le sphincter, si utile, puis l'excise complètement ou à peu près et laisse cicatriser. Il insiste simplement sur la nécessité de ne pas éloigner l'une de l'autre les tranches du sphincter par des tamponnements prolongés. »

De son côté, LECENE écrivait :

« Le traitement chirurgical des inflammations aiguës ano-

rectales doit avoir avant tout pour but de donner au pus collecté une issue facile et calculée de telle sorte que la cicatrisation de l'abcès puisse se faire complètement, sans laisser de fistule, tout en respectant l'appareil sphinctérien ano-rectal. »

C'est le soin apporté aux pansements qui conditionne en grande partie le succès de l'intervention.

CONCLUSION

Notre conclusion, c'est celle de RECLUS, dans son étude sur « les maladies de l'anus » (*Cliniques Chirurgicales de l'Hôtel-Dieu*).

« La méthode de FAGET demeure pour nous la méthode de choix; elle seule évitera l'apparition d'une fistule dans les abcès de la fosse ischio-rectale ou extra-sphinctérienne, que ces abcès soient inflammatoires ou tuberculeux. Il en sera de même dans la variété tuberculeuse des abcès intra-sphinctériens, dans la variété inflammatoire, ou le procédé de FOUBERT peut être suivi de succès, mais nous croyons plus sûr, même alors, d'inciser la collection et de fendre le décollement. »

L'opération de FAGET ne nous a jamais donné d'incontinence, ni aux matières, ni aux gaz. La section du sphincter anal ne donne pas de paralysie, seule la section du nerf anal donnerait l'incontinence rappelée par tous les auteurs, mais l'opération de FAGET respecte en grande partie, sinon en totalité, les fibres nerveuses essentielles de ce nerf encore appelé nerf hémorroïdal ou sphinctérien moyen de Quénu — et qui est renforcé ou suppléé au besoin par le nerf sphinctérien postérieur de Quénu.

Le Président de la thèse,
G. MIGINIAC.

VU : *Le Doyen,*
GARIPUY.

Toulouse, le 9 mai 1944,

Le Recteur,
R. DELTHEIL.

BIBLIOGRAPHIE

FAGET aîné. — *Mémoires de l'Académie Royale de Chirurgie,* année 1836, tome I.

FOUBERT. — *Mémoires de l'Académie Royale de Chirurgie,* année 1837, tome V.

RECLUS. — *Cliniques Chirurgicales de l'Hôtel-Dieu,* année 1888.

CABANIE. — *Sur les fistules anales et leur excision* (Presse Médicale, 30 mai 1936, n° 44).

KAUFMANN. — *Traitement ambulatoire des fistules anales* (Presse médicale du 12 juin 1935).

CABANIE. — *Sur l'excision des fistules anales très complexes* (Presse Médicale, 8 octobre 1938).

Professeur MIGINIAC. — *L'opération de Faget* (Communication à la Société de Chirurgie de Toulouse, mai 1943).

Toulouse. - Typ. Edouard PRIVAT. — 2587-5-44
TW. n° 13.394 du 31-5-44 Dépôt légal : 2e trimestre 1944